

Tumoral Obstruction of the Third Portion of the Duodenum and Eosinophilic Ascites in a Patient with Cryptogenic Cirrhosis (Case Report)

Yazdanbod A¹, Hooshyar A¹, Nemati R^{1*}, Maleki N¹, Hamidkholgh G¹

¹Department of Internal Medicine, School of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

*Corresponding Author. Tel: +98451 2251410 Fax: +984512262140 E-mail: rnim88@yahoo.com

Received: 27 Sep 2012 Accepted: 6 Apr 2013

ABSTRACT

Eosinophilic gastroenteritis is a rare disease characterized by focal or diffuse eosinophilic infiltration of the gastrointestinal system. The clinical presentation is depending on the involved area and its extension into the layers of the gastrointestinal tract. We reported a case of eosinophilic gastroenteritis in the setting of cryptogenic cirrhosis which initially appeared as a tumoral obstruction of the 3rd portion of duodenum which is relieved by surgical bypass and two years later presented as eosinophilic ascitis. The patient was treated with corticosteroid with full absorption of ascitis.

Key words: Eosinophilic Gastroenteritis; Cryptogenic Cirrhosis; Eosinophilic Ascitis

انسداد تومورال قسمت سوم دئودنوم و آسیت ائوزینوفیلیک در یک بیمار با

سیروز کریپتوژنیک (گزارش مورد)

عباس یزدانبد^۱، افشین هوشیار^۲، رسول نعمتی^۳، نصراله ملکی^۲، غلامرضا حمید خلق^۲^۱گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران^۲گروه داخلی، بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

*نویسنده مسئول. تلفن: ۰۴۵۱ ۲۲۵۱۴۱۰ فاکس: ۰۴۵۱ ۲۲۶۲۱۴۰ پست الکترونیک: mrim88@yahoo.com

چکیده

گاستروانتریت ائوزینوفیلیک یک بیماری بسیار نادر است که با انفیلتراسیون موضعی یا منتشر دستگاه گوارش مشخص می شود. تابلوی بالینی آن بستگی به محل و لایه های درگیر دستگاه گوارش دارد. ما موردی از گاستروانتریت ائوزینوفیلیک را در یک بیمار سیروتیک گزارش می کنیم که ابتدا بصورت انسداد تومورال قسمت سوم دئودنوم تظاهر نموده و بعد از رفع انسداد با جراحی بعد از گذشت دو سال بشکل اسیت ائوزینوفیلیک تظاهر نمود. بیمار با کورتیکواستروئید درمان شد و آسیت بطور کامل فروکش کرد.

کلمات کلیدی: گاستروانتریت ائوزینوفیلیک؛ سیروز کریپتوژنیک؛ اسیت ائوزینوفیلیک

دریافت: ۹۱/۷/۶ پذیرش: ۹۲/۱/۱۷

مقدمه

آسیت ائوزینوفیلیک بیماری نادر با اتیولوژی نامشخص میباشد که می تواند در زمینه سندروم گاستروانتریت ائوزینوفیلیک پدیدار شود. در این سندروم ارتشاح ائوزینوفیلیک هر کدام از لایه های دیواره دستگاه گوارش شامل مخاط، عضله، یا سروز به تنهایی یا هر سه لایه باهم ممکن است به وقوع بپیوندد و ممکن است در تمام طول دستگاه گوارش به شکل منتشر ویا به شکل لوکالیزه اتفاق بیفتد. اکثریت موارد آسیت ائوزینوفیلیک گزارش شده ایدیوپاتیک بوده و اغلب با زمینه های اتوپیک نظیر آسم، یا آلرژی به غذاها و داروها همراهی دارد [۱]. این بیماری اولین بار در سال ۱۹۳۷ توسط کایسر^۱ شرح داده شد [۲] متعاقبا کلین^۲ و همکاران با اضافه نمودن هفت مورد جدید تا سال ۱۹۷۰ مقاله مروری را ارائه نمودند که براساس آن بیماری با توجه به لایه درگیر در دیواره دستگاه گوارش به سه دسته مخاطی، عضلانی و ساب سروزال تقسیم بندی

شد [۳]. در سال ۱۹۹۰ آقای تالی^۳ و همکاران ۴۰ بیمار با گاستروآنتریت ائوزینوفیلی را براساس تقسیم بندی کلین و همکاران توضیح دادند [۴] در ایران توسط آقای دکتر باقری و همکاران در سال ۲۰۱۱ در مدت ۱۳ سال تعداد ۲۲ مورد گاستروآنتریت ائوزینوفیلیک بصورت گذشته نگر برای اولین بار در خاور میانه گزارش شده است که خصوصیات این موارد و پاسخ به درمان آنها نظیر بقیه قسمتهای دنیا بوده است [۵].

گزارش مورد:

بیمار خانم ۵۰ ساله با سابقه درد، نفخ مزمن شکم و یبوست از سه سال قبل بود که دو سال قبل بعلت تشدید حاد درد شکم، استفراغ با شک به انسداد حاد قسمت فوقانی روده باریک توسط جراح لاپاراتومی شده بود. در شرح لاپاراتومی انسداد تومورال وسیع در قسمت سوم دئودنوم با چسبندگی احشای مجاور گزارش شده بود. یافته های دیگر کبد سیروتیک با اسپلنومگالی بدون اسیت بود. جهت رفع انسداد عمل

^۱Kaijser^۲Klein^۳Talley

نرمال بود. در سیتی اسکن شواهد کبد سیروتیک و آسیت قابل رویت بود. (شکل ۱)



شکل ۱. CT اسکن بیمار با تجمع مایع اسیت در اطراف کبد و طحال همراه با شواهد سیروز کبدی بصورت حاشیه ندولر کبد و اسپلنومگالی

آنالیز مایع اسیت بشرح زیر بود:

جدول ۱. آنالیز مایع آسیت

WBC (cu/mm)	۳۸۴۰
POLY MORPHO NUCLEAR(%)	۸
LYMPHOCYTE(%)	۱۰
EOSINOPHIL(%)	۸۲
RED BLOOD CELL	۱۱۰۴۰
GLUCOSE(mg/dl)	۱۱۰
PROTEIN(gr/dl)	۴/۱۵
SAAG *	۱/۲
AMYLASE	نرمال
ADENOSINE DEAMINASE	نرمال

*Serum Ascites Albumin Gradient

سیتولوژی مایع اسیت از نظر سلولهای بدخیم منفی بود. لیکن با توجه به اتوزینوفیلای بسیار زیاد در مایع آسیت، گاستروانتريت اتوزینوفیلیک یا پروسه های آلرژیک مطرح شده بود بیمار متاسفانه انجام آندوسکوپی، کولونوسکوپی و بیوپسی مخاطی را

گاسترو ژژونوستومی بدون بیوپسی از توده و همچنین بیوپسی گوه ایی از کبد سیروتیک برداشته شده که جواب آن سیروز غیر فعال بود. بعد از عمل در بررسی های بعمل آمده از نظر اتیولوژی سیروز، تشخیص سیروز کریپتوژنیک مسجل شد. یک سال بعد از عمل فوق بعلت تداوم درد شکم، نفخ، یبوست به کلینیک گوارش مراجعه نمودند. در سابقه گذشته بجز کپیرهای عود کننده پوستی از بیست سال قبل مشکل دیگری نداشتند. در معاینه خانم نسبتا چاق با اسپلنومگالی در حد متوسط و اسکار عمل جراحی قبلی بدون شواهد محیطی سیروز بودند. در سونوگرافی شواهد واضح سیروز کبدی با اسپلنومگالی بدون آسیت و توده گزارش شده بود. در اندوسکوپی فوقانی واریس نداشتند. محل گاستروژژونوستومی در انتروم با دهانه باز قابل رویت بود. شواهد پان گاستریت متوسط در تنه و فوندوس وجود داشت. بولب و قسمت دوم دئودنوم نرمال بود. در ترانزیت روده باریک شواهد انسداد وجود نداشت. بیمار با احتمال سندرم روده تحریک پذیر تحت درمان قرار گرفتند و توصیه به مراجعات بعدی شد. بعد از یکسال بعلت تشدید درد شکم و دیستانسیون آن مجددا مراجعه نمودند. در سونوگرافی شکم و لگن تجمع مقادیر قابل ملاحظه آسیت توام با شواهد سیروز کبدی وجود داشت. در باریم انما کولون نرمال بود لیکن افزایش ضخامت دریچه های Connivent در ایلئوم با شک به کرون گزارش شد. بیمار با شک به پریتونیت باکتریال خودبخودی در زمینه سیروز بستری شد. در بررسیهای آزمایشگاهی گلبولهای سفید در حد ۱۸۷۰۰ cu/mm با اتوزینوفیل ۱۲٪ گزارش شد. میزان هموگلوبین و پلاکت نرمال بود، تستهای فونکسیون کبد، میزان ESR و CRP و تستهای اتوآیمنون منفی بودند. تومور مارکرهای AFP-CEA-CA19-9-CA-125 و سطح IGE سرم نرمال بود. کشت مدفوع و آنالیز از نظر تخم، کیست انگل

شواهد درگیری دیواره دستگاه گوارش در زمانهای متفاوت دیده شد طوری که در ابتدا درگیری فوکال تومورال قسمت سوم دئودنوم وجود داشت که با عمل گاستروژژونوستومی علایم انسداد برطرف شده و نهایتاً در سیر بیماری درگیری ساب سروزال منجر به پیدایش آسیت ائوزینوفیلیک شده است. در مورد سیر بیماری موارد درمان نشده این بیماری اطلاعات اندک می‌باشد در بیمار حاضر نکته جالب توجه عدم پیدا کردن تومور گزارش شده توسط جراح در ویزیت یکسال و دو سال بعد در بررسیهای سونوگرافیک و سی تی اسکن و ترانزیت روده باریک بوده. به عبارت دیگر تومور مشاهده شده خودبخود فروکش کرده است دو احتمال برای این یافته وجود دارد اول - سیر خود بیماری است که مثل بیماریهای آلرژیک دیگر ممکن است دوره‌های تشدید و فروکش التهاب داشته باشد و تومور التهابی خودبخود فروکش کرده است احتمال دوم- عمل گاستروژژونوستومی است که میزان تماس مواد غذایی با تومور فوکال در قسمت سوم دئودنوم را کاهش داده است و منجر به کاهش التهاب ائوزینوفیلیک و از بین رفتن تومور مشاهده شده در جراحی شده است و درواقع یکی از درمانهای این بیماری حذف مواد غذایی آلرژیک (Elimination diet) از رژیم غذایی بیماران است که عمل گاستروژژونوستومی شاید چنین نقشی را ایفا نموده است [۱].

در مورد همزمانی سیروز کریپتوژنیک با گاستروآنتریت ائوزینوفیلیک در مرور مقالات مورد مشابهی یافت نشد لکن یک مورد گاستروآنتریت ائوزینوفیلیک در یک خانم ۴۸ ساله با آسم و سابقه ۱۰ ساله سیروز صفراوی اولیه گزارش شده است که بصورت درد اپی گاستر، استفراغ، اسهال و ائوزینوفیلی محیطی از یکماه قبل بوده که در اندوسکوپی چینه‌ای ادماتو فولدهای معده وجود داشت که بیوپسی نیز

قبول نکرد و لذا با توجه به ائوزینوفیلی مایع آسیت با تشخیص گاستروآنتریت ائوزینوفیلیک تحت درمان با پردنیزولون ۴۰ میلی گرم قرار گرفتند در سیتی اسکن مجدد یکماه بعد از شروع درمان آسیت بطور کامل جذب شده بود. (شکل ۲)



شکل ۲. CT اسکن بیمار بعد از یکماه درمان با پردنیزولون جذب کامل مایع اسیت را نشان می‌دهد

در مدت یکماه دوز کورتون به ۱۰ میلی گرم کاهش داده شده قطع گردید در ویزیت سه ماه بعد بیمار از نظر بالینی فاقد هر گونه شکایت گوارشی بودند.

بحث

گاستروآنتریت ائوزینوفیلی یک بیماری نادر و التهابی خوش خیم دستگاه گوارش می‌باشد که با انفیلتراسیون ائوزینوفیلیک لایه های دستگاه گوارش در عدم وجود علل شناخته شده ائوزینوفیلی شامل واکنشهای دارویی، عفونت‌های انگلی و بدخیمی می‌باشد [۶، ۷]. گاستروآنتریت ائوزینوفیلی در تمامی سنین و در هر دو جنس دیده میشود و اغلب موارد در دهه سوم عمر تشخیص داده می شود [۷] شایعترین محل درگیری در این بیماری معده و دئودنوم میباشد [۴، ۶]. سابقه فامیلی و یا فردی از بیماریهای آلرژیک در ۷۰٪ از بیماران با این بیماری گزارش می شود [۸].

در بیمار حاضر با توجه به شرح حال یک بیماری گاستروآنتریت ائوزینوفیلی مزمن با دوره‌های فروکش و تشدید وجود داشته است که در آن

تشخیص را تایید نموده است و با درمان پردنیزولون بهبود یافته است [۹].

نکته دیگر علایم مزمن مشابه با سندروم روده تحریک پذیر است که در بیمار ما بمدت سه سال وجود داشته است لذا لازم است در هر بیمار با علایم سندرم روده تحریک پذیر چنانچه در CBC ائوزینوفیلی وجود داشته باشد بعد از رد علل دیگر ائوزینوفیلی بایستی به گاستروانتریت ائوزینوفیلیک

فکر کرد و با انجام اندوسکوپی و بیوپسی وجود بیماری را مسجل ساخت اشکال دیگر در این مورد عدم انجام بیوپسی توسط جراح بوده است که در صورت بیوپسی از توده میتوانست راه گشا باشد از خصوصیات آسیت ائوزینوفیلیک پاسخ بسیار سریع به درمان با کورتون می باشد که در بیمار حاضر نیز در مدت بسیار کوتاه آسیت بطور کامل جذب شد.

References

- 1- Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic Disorders of the Gastrointestinal Tract. In: Mark Feldman, MD, Lawrence S. Friedman MD, And Lawrence J. Brandt, editors. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 9thed. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2010: (27)433-434.
- 2- Kaijser R. Allergic disease of the gut from the point of view from the surgeon. Arch Klin Chir. 1937 June; 188: 36-64.
- 3- Klein NC, Hargrove RL, Sleisenger MH, Jeffries GH. Eosinophilic gastroenteritis. Medicine (Baltimore). 1970 Jul; 49(4): 299-319.
- 4- Talley NJ, Shorter RG, Phillips SF, Zinsmeister AR. Eosinophilic gastroenteritis: a clinicopathological study of patients with disease of the mucosa, muscle layer, and subserosal tissues. Gut. 1990 Jan; 31(1): 54-8.
- 5- Bagheri M, Ashrafi M, Mohammadnejad M. Eosinophilic gastroenteritis: A case series from iran. Middle East Journal of Digestive Diseases. 2011 Sep; 3(2): 115-118.
- 6- Khan S, Orenstein SR. Eosinophilic gastroenteritis. Gastroenterol Clin North Am. 2008 Jun; 37(2): 333-48.
- 7- Chen MJ, Chu CH, Lin SC. Eosinophilic gastroenteritis: clinical experience with 15 patients. World J Gastroenterol. 2003 Dec; 9(12): 2813-6.
- 8- Rothenberg ME. Eosinophilic gastrointestinal disorders (EGID). J Allergy Clin Immunol. 2004 Jan; 113(1): 11-28.
- 9- Sikanderkhel S, Luthra M, Chavalitdhamrong D. Snakeskin-like pattern mimicking portal hypertensive gastropathy in patient with eosinophilic gastritis. Dig Endosc. 2012 Jan; 24(1): 53-54.